

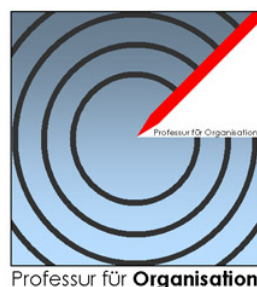
Dresden Discussion Papers on Organization Research

No. 1/2007

Professionals unter Druck

- Analyse und Auswirkungen aktueller Herausforderungen für Ärzte -

Faßauer, Gabriele / Eckhardt, Dirk / Senftleben, Maria



Professur für Organisation

Impressum:

TU Dresden

Fakultät Wirtschaftswissenschaften

Professur BWL, insbes. Organisation

ISSN: 1865-1453

Zusammenfassung

Im Beitrag werden wesentliche Herausforderungen denen Ärzte als Berufsgruppe aktuell gegenüberstehen aufgezeigt und in Bezug auf ihre Auswirkungen hinsichtlich des traditionellen ärztlichen Berufsbildes diskutiert. Ärzte können dabei als Angehörige einer geradezu klassischen Profession betrachtet werden. So werden im Beitrag allgemeine professionsspezifische Merkmale, wie z.B. die Anwendung hochspezifischen Wissens, der hohe Autonomiegrad in Bezug auf die Durchführung der eigenen Tätigkeit oder die Orientierung an einem „Berufsethos“, auf Ärzte übertragen und spezifiziert. Anschließend werden Herausforderungen in Form 1) der Entwicklung zur Wissens- und Informationsgesellschaft, 2) des demographischen Wandels in Deutschland und insbesondere 3) die aktuellen Tendenzen einer neuen politischen Steuerungslogik von Gesundheitsleistungen erläutert. Dann wird aufgezeigt, dass diese Tendenzen in vielerlei Hinsicht eine Bedrohung für das traditionelle professionelle Berufsbild des Arztes darstellen, indem etwa eine Aushöhlung des ärztlichen Wissensbestandes wahrgenommen werden kann oder die bisherigen Standards des ärztlichen Arbeitsvollzuges hinterfragt werden. Diese Bedrohung äußert sich dabei u.a. in konkreten Handlungskonflikten, denen Ärzte in ihrer alltäglichen Berufspraxis, d.h. im täglichen Umgang mit Patienten, gegenüberstehen. Insofern behandelt der Beitrag zugleich mögliche Auswirkungen auf den ärztlichen Arbeitsvollzug und die Erbringung von Gesundheitsleistungen. Der Fokus richtet sich dabei insbesondere auf die ärztliche Praxis in Krankenhäusern. Letztlich wird hervorgehoben, dass Erkenntnisse über Professionen, professionelle Handlungsmuster und die damit zusammenhänge Steuerungslogik professioneller Leistungen in sogenannten „professionellen“ oder „bürokratisch-professionellen“ Organisationen von genereller Wichtigkeit sind, um die aktuell ablaufenden Veränderungsprozesse in medizinischen Einrichtungen analysierbar und in ihrer sozialen Dynamik als auch ihrer Ergebnisse interpretierbar zu machen.

Summary

The paper shows that German hospital clinicians are faced with crucial challenges to their professional self-understanding nowadays. For this, clinicians are introduced as professionals by explaining specific characteristics of their occupation, like the knowledge intense activity or the high grade of work autonomy. Further the papers explains that the present challenges express conflicts between the traditional occupational orientation of clinicians and new expectations referring to the manner of clinical work. Three main challenges are to identify 1) the development of a knowledge intensive society, with growing possibilities to get information about disease diagnosis and therapy 2) the demographic change and 3) the partly corresponding changes in the political steering of public health services. The paper points out, that these developments threat traditional professional orientations as they lead to a socially perceived hollowing out of medical knowledge and a change of professional standards of medical performance. It is to highlight that these conflicts cannot only get separated as subjective or psychological problem of clinicians. Moreover these conflicts influence the concrete treatment of patients in hospitals. In this way, the paper delivers insights to analyse, understand and judge present change contents and change dynamics in „professional organizations” and „bureau-professional organizations”.

Inhaltsverzeichnis

1 Professionell geprägte Organisationen und Professionals als Gegenstand der BWL	2
2 Ärzte als Angehörige einer Profession.....	4
2.1 Professionals - Begriffsverständnis	4
2.2 Ärzte als Professionals	8
3 Aktuelle Herausforderungen für Ärzte	9
3.1 Der Übergang zur Informations- und Wissensgesellschaft	10
3.2 Der Demographische Wandel in Deutschland	11
3.3 Neue Leistungssteuerung von bürokratisch-professionellen Organisationen	12
4 Bedrohung des professionellen ärztlichen Berufsbildes	14
4.1 Wahrgenommene Aushöhlung des professionellen Wissensbestandes	15
4.2 Konfliktäre Standards des ärztlichen Leistungsvollzuges	17
5 Fazit	23
Literaturverzeichnis	26

1 Professionell geprägte Organisationen und Professionals als Gegenstand der BWL

Das Management von Universitäten, Krankenhäusern, Rechtsanwaltskanzleien oder Arztpraxen spielte in der deutschen betriebswirtschaftlichen Forschung lange Zeit kaum eine größere Rolle. Ein Grund ist sicherlich darin zu sehen, dass die Gestaltung und Kontrolle der organisationalen Aktivitäten weitgehend durch die Erbringer der operativen Leistung selbst bzw. durch deren Abstimmung untereinander durchgeführt wird und weniger durch hierarchisch höher angesiedelte Manager im herkömmlichen Sinne. Die so genannten „Professionals“ oder „Professionellen“ (z.B. Ärzte, Universitätsprofessoren, Rechtsanwälte) haben demnach traditionsgemäß eine relativ hohe Autonomie in Bezug auf die Durchführung ihrer Arbeit (vgl. Hinings 2005). Die entsprechenden „bürokratisch-professionellen“ bzw. „professionellen“ Organisationen zeichnen sich dabei durch eine hohe Wissensintensität ihrer Leistung bzw. eine hohe fachliche Spezialisierung ihrer Mitglieder aus und weisen mit zunehmender Größe eine starke vertikale Dezentralisierung auf (vgl. Mintzberg 1991). Die besonderen Funktionsbedingungen und die Arbeitsweise dieser Organisationen, ihre Verortung im öffentlichen Sektor bzw. ihre häufig je geringe Organisationsgröße im privaten Bereich schienen sie bisher gegen betriebswirtschaftliche Betrachtungen zu immunisieren. Dieser Zustand hat sich in den letzten Jahren jedoch gewandelt. Die jüngsten Veränderungen gesetzlicher Rahmenbedingungen, z.B. im Gesundheitswesen, und die z.T. inhärente, neue politische Logik der Steuerung der Leistungserstellung im öffentlichen Sektor, wie sie über das „New Public Management“ transportiert wird, machen es notwendig, das bisherige forschungsbezogene Schattendasein der betroffenen Organisationen auch im deutschen Bereich aufzuheben. Dies scheint umso mehr für die Betriebswirtschaft zu gelten, besteht ein wesentlicher Teil der Veränderungen ja darin, privatwirtschaftlich geprägte Managementansätze und Instrumente, wie z.B. Kontrolle von Kosteneffizienz oder Leistung, in bisher bürokratisch-professionell geprägten Organisationen, wie Universitäten oder öffentliche Kliniken, zu implementieren. Auch bei kleineren professionellen Organisationen im privatwirtschaftlichen Bereich ist durch die gesetzlichen Veränderungen, wie z.B. die nun mögliche Filialisierung von Arztpraxen, eine Erweiterung und entsprechende Anwendung betriebswirtschaftlicher Kenntnisse, etwa durch die neuartige Rolle des „Praxismanagers“, zu erwarten (vgl. z.B. für Großbritannien Fisher/Warwick 1995).

So verwundert es nicht, dass in den letzten Jahren ein starker Anstieg der betriebswirtschaftlichen Publikationen zum Thema zu verzeichnen ist. Für den Bereich des Gesundheitswesens (vgl. allgemein z.B. Fleßa 2005; Haubrock/Schär 2007) beschäftigen sich diese z.B. mit der Prozessorganisation im Krankenhaus (vgl. Zapp 2002; Mühlbauer 2004; Kothe-Zimmermann 2006), „lean management“ (vgl. Braun v. Reinersdorff 2002), „Changemanagement“ (vgl. Albrecht/Töpfer 2006), „Marktorientierung“ (Mayer 2005), „Qualitäts- und Kostenmanagement“ (Mühlbauer/Geisen 2002), „Innovation“ (vgl. Debatin/Goyen/Schmitz 2006) oder „strategischem Management“ (vgl. Pfaff/Lüttecke/Badura 2004).

Diese Entwicklungen motivierten auch das Forschungsseminar zum Thema „Change of Public and Nonprofit Organizations“, welches im Wintersemester 2006/07 an der Professur für BWL, insbes. Organisation gemeinsam mit Studierenden der TU Dresden durchgeführt wurde. Der vorliegende Beitrag basiert in Teilen auf einer Seminararbeit und beschäftigt sich mit Herausforderungen, denen „Professionals“ als Betroffene der aktuellen Entwicklungen aktuell gegenüberstehen.

Die bisher wesentlich in der (Industrie-)Soziologie geführte Auseinandersetzung mit den Merkmalen „professioneller Leistung“ und „Professionals“ (vgl. Schmeiser 2006) ist, wie Forschungen im englischsprachigen Bereich zeigen, unabdingbar für das Verständnis aktuell ablaufender Veränderungsprozesse in den betreffenden Organisationen, der damit verbundenen Probleme und somit auch für das gelingende und nachhaltige Management eben jener Prozesse (z.B. Doolin 2002; Kitchener 2002; Nowack/Bickley 2005; Thomas/Davies 2005). Demgegenüber blendet ein Großteil der betriebswirtschaftlichen Schriften zum Thema die notwendige, gesonderte Betrachtung und Auseinandersetzung mit dieser Beschäftigungsgruppe aus.

Vor diesem Hintergrund widmet sich die vorliegende Arbeit zunächst der grundlegenden Klärung des Professionsbegriffes. Anschließend wird auf gesamtgesellschaftliche Entwicklungen eingegangen, welche Professionals in spezifischer Art und Weise betreffen.

Der Fokus richtet sich dabei auf die Profession der Ärzte. Sie besitzen nicht nur alle wichtigen Merkmale der Professionellen, sondern ihnen kommt auch eine besondere Bedeutung zu, da sie mit der Sicherstellung der Gesundheit eine Leistung von zentraler gesellschaftlicher Bedeutung erbringen. Des Weiteren stehen sie momentan besonders im Fokus der Öffentlichkeit, hervorgerufen durch die aktuellen Diskussionen um die Gesundheitsreform

und die - in der Geschichte der deutschen Ärzteschaft erstmaligen - Streiks im Sommer 2006 für höhere Entgelte und Reduzierung der Arbeitszeiten.

Ziel dieses Aufsatzes soll es sein, neue Herausforderungen und daraus resultierende Probleme für Mediziner als Repräsentanten der Professionellen aufzuzeigen und zu analysieren. Die Arbeit gliedert sich dabei folgendermaßen: Im Kapitel 2 erfolgt eine Begriffabgrenzung sowie eine umfassende Definition des Professionsbegriffs, welche anschließend auf die Ärzte spezifiziert wird. Im folgenden Kapitel 3 werden die Tendenzen der Entwicklung zur Informations- und Wissensgesellschaft, der Demographische Wandel und die zunehmende „Marktsteuerung“ bzw. „Ökonomisierung“ (vgl. Simon 2001; Jakobi 2005) der Arbeitsprozesse in Krankenhäusern als neue Herausforderungen vorgestellt, um diese im Kapitel 4 an dem Bild der Professionellen zu spiegeln und resultierende potentielle Probleme herauszuarbeiten. Im letzten Kapitel soll eine Zusammenfassung in Form eines Fazits erfolgen und ein Ausblick gegeben werden.

2 Ärzte als Angehörige einer Profession

In diesem Abschnitt wird es darum gehen, Ärzte als Angehörige einer geradezu „klassischen“ Profession darzustellen. Hierzu wird zunächst der Begriff der Professionals erläutert, um anschließend eine Übertragung der wesentlichen Charakteristika von Professionen auf Mediziner zu leisten.

2.1 Professionals - Begriffsverständnis

In der Soziologie existieren unterschiedliche Ansätze zur Analyse und Identifikation von Professionen, Professionals und professionellen Handlungsmustern (vgl. etwa Mieg 2003; Schmeiser 2006). Schmeiser unterscheidet z.B. drei professionssoziologische Ansätze: 1) das Merkmalskatalogverfahren, 2) strukturtheoretische Ansätze und 3) machttheoretische Ansätze, welche insbesondere im englischsprachigen Raum große Bedeutung haben.

Beim eher deskriptiven *Merkmalskatalogverfahren* werden Professionen, als einer bestimmten Berufsgruppe, spezifische Merkmale zugeschrieben, die sie von anderen, nicht-professionellen Berufsgruppen abgrenzen. Dabei handelt es sich z.B. um das Merkmal der akademisch geprägten Ausbildung oder die Annahme einer altruistischen bzw. am Gemeinwohl ausgerichteten Orientierung von Professionellen. *Strukturtheoretische Ansätze* richten den

Fokus demgegenüber auf die Charakteristika des zu bewältigenden Handlungsproblems, welche die „Professionalisierung“ von Berufsgruppen notwendig machen. Der Gedanke ist hier, dass eine hohe Wissensintensität und die gegenstandsbedingte Unsicherheit von Handlungsvollzug und -ergebnis eine externe Beurteilung und Kontrolle der Leistung nahezu unmöglich machen. Dies bedingt vielmehr eine hohe professionelle Autonomie im Handlungsvollzug durch den Leistungsträger und eine eher wechselseitige Kontrolle durch die Angehörigen derselben Profession. Autonomie und „peer review“ stellen daher wesentliche Charakteristika eines „professionellen“ Leistungsvollzuges dar (vgl. zum Kontrollproblem in wissensintensiven Organisationen z.B. auch Alvesson 2001). In der Perspektive der *machttheoretischen Ansätze* werden Professionen in erster Linie als Berufsgruppen begriffen, „denen es gelungen ist, sich Autonomie und ein Monopol und bestimmte Dienstleistungen zu sichern.“ (Schmeiser 2006, S. 306). Autonomie und Selbstkontrolle stellen sich hier als Ressourcen dar, die wesentlich dem Machterhalt und -ausbau einer bestimmten Berufsgruppe dienen. Die den Professionals angetragene Gemeinwohlorientierung dient aus dieser Perspektive in erster Linie der Legitimation der eigenen Machtposition. Typisch professionelle Handlungsvollzüge werden als Inszenierung von Macht betrachtet (vgl. auch Pfadenhauer 2003).

Die genauere Auseinandersetzung mit diesen drei möglichen Herangehensweisen zeigt, dass sich diese in ihren Aussagen ergänzen können bzw. aufeinander beziehen lassen. Die Machtstellung von Professionen, wie sie im machttheoretischen Ansatz von Interesse ist, lässt sich mit der speziellen Handlungsproblematik professioneller Leistung begründen, die eine solche Stellung erst ermöglichen. Einzelne Charakteristika von Professionen nach Merkmalskatalogverfahren lassen sich wiederum über die Analyse der entsprechend zu bewältigenden Handlungsprobleme ableiten.

Im Folgenden wird der Zugang zum Professionsbegriff über das Merkmalskatalogverfahren gewählt. Zu den Professionals zählen die Angehörigen unterschiedlichster Berufsgruppen wie zum Beispiel Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Architekten, Rechtsanwälte, Notare, Psychologen, Ingenieure, Chemiker, Softwareentwickler und Journalisten (vgl. Miege 2003). Trotz ihrer Unterschiede weisen alle diese Berufsgruppen gemeinsame Merkmale auf, die sie als Professionen kennzeichnen. Im Folgenden wird versucht, die prägnantesten Eigenschaften herauszuarbeiten, um den Professionsbegriff hinsichtlich der Diskussion in dieser Arbeit einzufassen (vgl. zusammenfassend Schmeiser 2006).

Professionen sind statushohe, in sich geschlossene, organisierte Berufsgruppen mit zumeist *akademischer Ausbildung*, welche Problemlösungen für einen bestimmten Bereich zur Verfügung stellen, der einen *gesellschaftlich relevanten Zentralwert* aufweist, zum Beispiel Gesundheit oder Rechtssicherheit bzw. Gerechtigkeit.¹ Wesentliches Kennzeichen ist die Berufsausbildung, in der vor allem *abstraktes spezifisches Wissen* vermittelt wird, dass eine längere Haltbarkeit als spezialisiertes Verfahrenswissen aufweist. Aufgrund der sozialen Bedeutung der beruflichen Leistungen sowie deren hoher inhaltlicher Komplexität genießen Professionen eine relativ *große Autonomie*, welche sich in der Kontrolle der Arbeitsbedingungen, der Ausbildung und des Marktzutritts durch einen *zentralen Interessen- bzw. Berufsverband* manifestiert (vgl. Miege 2003; Schmeiser 2006). Die relativ voraussetzungsvolle, lang andauernde und inhaltlich umfangreiche Ausbildung, die sozial hohe Relevanz der Leistung und die damit verbundene Berufshoheit begründet wiederum den *hohen sozialen Status* und das häufig überdurchschnittlich hohe Einkommen von Professionsangehörigen.

Ein interessanter Aspekt des Einkommens ist, dass professionelle Leistungen als Honorare abgegolten werden. Das Verständnis des Honorars als „Ehrensold“ weist den Weg zu einem weiteren wesentlichen Merkmal der Professionen: „[...] die *berufsethische Selbstverpflichtung auf Uneigennützigkeit und das Gemeinwohl* [...]“ (Dröge 2003, S. 255). Dem altruistischen Leitbild folgend, richten Professionsmitglieder das Augenmerk ihres Handelns nicht auf ihren eigenen Vorteil, sondern auf den der Gesellschaft. Die individuelle Interaktion mit dem Klienten beinhaltet auch gleichzeitig die Verfolgung des kollektiven Interesses (vgl. Hitzler et al. 1994, S. 25). Dementsprechend trägt der Jurist, der seinem Klienten rechtlichen Beistand leistet, gleichzeitig auch zur Wahrung der Rechtssicherheit bei, einem gesellschaftlich bedeutsam erachteten Ziel.

Die glaubwürdige Versicherung dieser Gemeinwohlorientierung ist zugleich eine wesentliche Basis zur gesellschaftlichen Legitimation der professionellen Autonomie und des hohen Status von Professionen. Diese Versicherung erscheint notwendig, da sich, wie bereits angesprochen, ein Großteil der zu erbringenden Leistungen von Professionellen einer externen Kontrolle weitestgehend entzieht, was eine gesellschaftliche oder marktliche Bewertung schwierig macht (vgl. Hitzler et al. 1994, S. 255; Alvesson 2001; Dröge 2003). Professionelle Leistung ist durch ein hohes Maß an Komplexität und Spezifikation gekennzeichnet, wodurch sich

¹ Oevermann (1996, S. 88) zählt neben diesen zwei Bereichen auch die methodische Sicherung dessen, was „Wahrheit“ (Wissenschaft) ist hinzu.

einem Laien - also einem Professionsfremden - konkrete Aussagen über selbige wesentlich erschweren. Intrinsische Kontrolle durch den jeweiligen berufsethischen Verhaltenskodex soll diese Legitimationslücke füllen. Diese Selbstkontrolle hinsichtlich der Einhaltung des beruflichen Ethos dient nicht nur zum Ausgleich der fehlenden Kontrolle durch Markt oder Staat, sondern fördert darüber hinaus das Vertrauen des Klienten. Für die Kooperation zwischen Klienten und Professionellen ist dieses Vertrauen in die professionelle Leistung unverzichtbar (vgl. Dröge 2003). Dies wird insbesondere deutlich, wenn man sich z.B. das Anliegen des Klienten im Bereich der medizinischen Betreuung vor Augen führt. Der Klient als Patient ist ein „Leidender“, der damit eine entsprechende Behandlung durch den Arzt benötigt, die nicht mit einer reinen marktlichen Tauschbeziehung vergleichbar ist. Ähnlich verhält es sich bei der Inanspruchnahme rechtlichen Beistandes durch einen Klienten.

Anhand der oben durchgeführten Definition der Professionen und der Fülle der zu berücksichtigenden Merkmale lässt sich erahnen, dass eine Vielzahl von Begriffen sich mit dem des Professionellen überschneiden bzw. nicht trennscharf abgrenzen lassen. Deshalb sollen im Folgenden zur Verständlichkeit zwei weitere, dem Thema nahe Begriffe kurz eingeführt werden – den des Freien Berufes und des Experten:

Der Gruppe der *Freien Berufe* kommt in Deutschland eine synonyme Bedeutung zum Professionsbegriff zu (vgl. Miege 2003). Ein Großteil der oben angeführten Merkmale für Professionen hat ihre Entsprechung auch in der Definition der freien Berufe. So definiert der Bundesverband der freien Berufe (BFB): "Angehörige Freier Berufe erbringen auf Grund besonderer beruflicher Qualifikation persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig geistig-ideelle Leistungen im gemeinsamen Interesse ihrer Auftraggeber und der Allgemeinheit. Ihre Berufsausübung unterliegt in der Regel spezifischen berufsrechtlichen Bindungen nach Maßgabe der staatlichen Gesetzgebung oder des von der jeweiligen Berufsvertretung autonom gesetzten Rechts, welches die Professionalität, Qualität und das zum Auftraggeber bestehende Vertrauensverhältnis gewährleistet und fortentwickelt." (BFB 2006). Die Überschneidungen der beiden Begriffe sind sehr deutlich zu erkennen und rechtfertigen die synonyme Verwendung.

Als *Experten* werden Individuen bezeichnet, die sich in einem abgegrenzten Bereich durch hohes spezialisiertes Wissen auszeichnen (vgl. Hitzler 1994, S. 22). Allerdings existieren keine Vorgaben bezüglich potentieller Gebiete, Statusmerkmale oder Ziele der Disziplin, was einen wesentlichen Unterschied zum Verständnis der Professionen darstellt. Folglich lässt sich

festhalten, dass jeder Professionelle ein Experte seines Faches ist, jedoch nicht jeder Experte zwangsläufig einer Profession angehört (vgl. Miegl 2003, S. 21).

2.2 Ärzte als Professionals

In diesem Abschnitt werden Ärzte als Erbringer professioneller Leistungen bzw. als Professionals dargestellt, indem gezeigt wird, dass der Berufsstand und Tätigkeitszuschnitt des Arztes alle wesentlichen professionseigenen Merkmale aufweist.

Zur Aufnahme in den Berufsstand des Arztes ist eine langandauernde, voraussetzungsvolle und inhaltlich umfangreiche *akademisierte Berufsausbildung* Bedingung. Das Medizinstudium umfasst mit fünf Studienjahren die längste Regelstudienzeit im Vergleich zu allen Hochschulstudiengängen in Deutschland. Zusätzlich müssen bis zur Approbation noch eine Vielzahl von Praktika sowie ein praktisches Studienjahr abgeleistet werden (vgl. Schagen 2002). Die theoretischen Inhalte der Ausbildung generieren vor allem *abstraktes spezifisches Wissen*, wie etwa die Beschreibung des Blutkreislaufs. Umfang und Komplexität der Medizin bedingen die Spezialisierung in Sonderwissensgebiete wie Urologie, Gynäkologie, Anästhesie, Kardiologie, etc. Die Komplexität des Wissens, die entsprechende fachliche Vertiefung und die je patientenspezifische Anwendung des Wissens bedingt wiederum eine *relativ große Autonomie* hinsichtlich der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit, welche sich unter anderem im Monopol der Heilkundenausübung widerspiegelt. Die Ärzteschaft organisiert sich in einem *geschlossenen Berufsverband*, dem Hartmannbund.² Dieser dient als Verband zur Interessenwahrnehmung der Profession einerseits und Zwangsvereinigung zur Erfüllung entsprechender Hoheitsaufgaben andererseits. Durch die Sicherstellung der Volksgesundheit als gesellschaftlich relevanten Zentralwert und die damit verbundene Wissensintensität wird das hohe Ansehen und der Status der Berufsgruppe begründet und rechtfertigt eingeräumte Privilegien und relativ hohe Einkommen.

Durch die Situation des Patienten als „Krank“ bzw. „Leidender“ und seine damit verbundene Schutzbedürftigkeit sowie die Wissensasymmetrie zwischen Medizinern und Patienten hinsichtlich der angemessenen Diagnose und therapeutischen Hilfe wird Vertrauen zum faktisch integralen Bestandteil des Verhältnisses beider (vgl. Kühn 2006, S. 27). Nur durch das Vertrauen wird die Autorität der ärztlichen Diagnose sichergestellt und eine

² Vgl. <http://www.hartmannbund.de>, 18.12.2006.

erfolgreiche Kooperation zwischen Arzt und Patient ermöglicht. Ein wesentlich vertrauensbildendes Element ist die ärztliche Berufsethik, deren Hauptmerkmale *Gemeinwohlorientierung und Gesundheitsförderung* darstellen. Als öffentliches Sinnbild für die ethisch-moralischen Grundsätze der ärztlichen Profession steht der Hippokratische Eid³, welcher im Patienten-Arzt-Verhältnis bis heute eine wesentliche vertrauensbildende Rolle spielt (vgl. Dörries 2003). So ist z.B. den von Kühn (2006, S. 17ff.) präsentierten empirischen Daten zu entnehmen, dass die überwiegende Mehrheit der befragten Patienten eine ärztliche Behandlung gemäß jener berufsethischen Norm erwartet und einfordert.⁴ Berufsrechtlich sind Ärzte auf die, eher weniger bekannte, ärztliche Berufsordnung verpflichtet. Nach dieser Ordnung sind Ärzte der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung verpflichtet und tragen damit gesellschaftliche Verantwortung. Sie sind in ihrem Handeln dazu verpflichtet, nach ihrem gewissen zu den „Geboten der ärztlichen Ethik und Menschlichkeit“ zu handeln. (vgl. Dörries 2003, S. 6).

3 Aktuelle Herausforderungen für Ärzte

Der Wandel gesellschaftlicher und politischer Rahmenbedingungen bringt neue Herausforderungen für Professionelle mit sich. In den folgenden Kapiteln sollen drei der wichtigsten Entwicklungen und ihren Einfluss auf die Mediziner skizziert werden. Dabei handelt es sich um die Tendenzen zur Entwicklung einer Informations- und Wissensgesellschaft sowie den demographischen Wandel in Deutschland, welche beide Einflüsse aus dem externen Umfeld von Krankenhäusern und Arztpraxen darstellen. Desweiteren werden die Veränderungen durch die neue politische Steuerungslogik von Gesundheitsleistungen angesprochen, welche - z.T. hervorgerufen und beschleunigt durch die Veränderungen des externen Umfeldes - Entwicklungen in den internen Leistungserstellungsprozessen der Organisationen betreffen. Diese Entwicklungen werden zunächst erläutert und für den Bereich der Medizin spezifiziert. Anschließend sollen mögliche Konflikte in Bezug auf das bisherige professionelle Berufsbild des Arztes aufgezeigt werden.

³ Vgl. http://www.altenkrankenpflege.de/Hypokratischer_Eid.htm, 04.12.2006.

⁴ Es handelt sich hierbei um die Befragung des Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) und dem Zentrum für Sozialpolitik Bremen (ZeS) im Rahmen des Projektes „Wandel von Medizin und Pflege im DRG System“ (WAMP). Die erste quantitative Ärztebefragung wurde 2004 durchgeführt, die zweite in 2006 (vgl.: www.wampb-drg.de).

3.1 Der Übergang zur Informations- und Wissensgesellschaft

Die letzten Jahre sahen eine rasante Entwicklung in der Informations- und Kommunikationstechnologie (IuK-Technologie). Immer größere Nutzungsmöglichkeiten des World Wide Web, kürzere Innovationszyklen im PC-Bereich, komplexere Technik, verbesserte Zugangsmöglichkeiten zu IuK-Techniken für die breite Öffentlichkeit sowie eine stetige Zunahme an verfügbaren Produkten sind Folgen. All dies blieb nicht ohne Einfluss auf die Berufsbilder in unserer Gesellschaft. Unterstützung, aber auch Abhängigkeit vieler beruflicher Funktionen von Kommunikationsmitteln sind Resultate der stärkeren Bedeutung der neuen Technologien. In diesem Zusammenhang kann auch von einer Ökonomisierung des Wissens gesprochen werden. Das heißt, mit dem viel proklamierten Übergang zur Informations- und Wissensgesellschaft (Schenkel et al 2000, S. 5) geht eine Neubewertung von Wissen einher. Wissen wird nunmehr zu den ökonomischen Ressourcen gezählt (vgl. z.B. Rehäuser/Krcmar 1996; Dröge 2003, S. 260). Diese Denkweise zieht weitreichende Konsequenzen für professionelle Berufsbilder nach sich. Dröge identifiziert in Anlehnung an Krämer/Bittlingsmayer (2001) verschiedene Transformationen im gesellschaftlichen Status- und damit auch Berufsgefüge, die mit der Entwicklung zur Wissensgesellschaft assoziiert sind und dementsprechend auch Professionen und damit Ärzte wesentlich betreffen können. Diese Entwicklungen sind durch die folgenden drei Merkmale gekennzeichnet:

Heterogenisierung, das heißt, auf der einen Seite wird eine qualifizierte, akademisierte Bildung unabdingbar für eine aussichtsreiche berufliche Karriere, auf der anderen Seite führt diese Forderung zu einer Abwertung der entsprechenden Bildungsabschlüsse, da viele Personen die Chance auf einen akademischen Titel nutzen. Da ein wichtiges Charakteristikum von Professionals bzw. Mediziner*innen die akademisch geprägte Ausbildung ist, ist zu prüfen, welche Folgen diese Entwicklung für die Chance zur Berufsausübung und des entsprechenden Ansehens haben.

Temporalisierung, womit die rasche Alterung erlernten Wissens aufgrund der schnelleren Wissensgenerierung bezeichnet wird. Die Wahrnehmung der Temporalisierung wird in der Öffentlichkeit durch den massenhaften Zugang zu Informationsmedien noch forciert, so dass insbesondere Professionals als Angehörige stark wissensintensiver Berufe vermehrt den Druck verspüren dürften, ihre Qualifikation durch Weiterbildungsmaßnahmen zu aktualisieren und auszubauen und dies für den Klienten zum Beispiel mit Hilfe von Zertifikaten zu dokumentieren. Letzteres ist – nicht zuletzt auch begründet durch die Auswirkungen der

Gesundheitsreform und die z.B. dadurch z.T. bedingte fachliche Spezialisierung in Krankenhäusern – im medizinischen Bereich bereits zu beobachten (z.B. Schulz 04.06.2007/dlf / hintergrund politik)

Substituierung, bedeutet, dass körpergebundenes, sozial erlerntes und individuell verfügbares Erfahrungs- und Berufswissen, schrittweise durch die Speicherung von Prozess- und Planungswissen durch technische Systeme ersetzt wird (vgl. Kraemer/Bittlingsmayer 2001, S. 7). In Bezug auf Professionals erscheint eher fraglich, inwieweit deren Wissen tatsächlich vollkommen expliziert werden kann, um anschließend für einen gelingenden Einsatz Anwendung zu finden. Wesentliches Merkmal der professionellen Tätigkeit ist es ja, hochspezifisches Wissen situations- und klientenbezogen einzusetzen und so die sich aus der Situation und Person ergebende Unsicherheit zu bewältigen. Dennoch könnte vermutet werden, dass Professionals durch die vordergründige Substitutionsprozesse ihres Wissens einem zunehmenden Rechtfertigungsdruck hinsichtlich ihrer Tätigkeit unterliegen.

Diese Tendenzen werden in Kapitel 4 auf ihre möglichen Konsequenzen für die medizinische Profession diskutiert. Im Folgenden geht zunächst um weitere, beeinflussende Faktoren wie den des demographischen Wandels in Deutschland und neue Steuerungsformen medizinischer Leistungen.

3.2 Der Demographische Wandel in Deutschland

Laut Statistischem Bundesamt liegt der Anteil der über 60-Jährigen heute bei 41,3 % und wird nach Expertenprognosen bis zum Jahr 2020 auf 52,8% und bis 2050 auf 74,7 % gestiegen sein. Als Grund dafür kann die steigende Lebenserwartung bei gleichzeitig sinkender Geburtenrate angesehen werden (vgl. Müller de Cornejo 2005, S. 20).

Daraus resultieren sich ändernde organisatorische und praktische Anforderungen an den Arzt. Mit dem steigenden Durchschnittsalter der Bevölkerung erhöht sich auch die Nachfrage nach medizinischer Betreuung vor allem durch Allgemeinärzte. De facto werden eine zeitintensivere Betreuung von Rentnern und eine zunehmende Anzahl an Hausbesuchen erforderlich (vgl. Herder/Dornreich 1985, S. 233). Auch „mit dem Alter assoziierte chronische Krankheiten nehmen zu“ (Müller de Cornejo 2005, S. 20).

Im Gegensatz dazu zieht die niedrige Geburtenrate einen Nachfragerückgang bei Kinderärzten nach sich, was bereits zu einem Angebotsrückgang geführt hat, das heißt die Anzahl der Absolventen, die sich in diesem Fachbereich spezialisiert haben, ist rückläufig. Regionale

Unterversorgung vor allem im ländlichen Raum stellt eine der schon heute zu spürenden Folgen dar. Zusammenfassend lässt sich von einer Nachfrageverschiebung im Gesundheitswesen sprechen (z.B. Encke 2002; Köhler et al. 2004).

Einen weiteren, aktuellen Aspekt des demographischen Wandels für das Gesundheitswesen stellt die, unter anderem aufgrund der Überalterung der Gesellschaft, sinkende Anzahl von Beitragszahlern dar. Darauf reagierend ergriff die Politik zusätzliche Steuerungsmaßnahmen im Gesundheitswesen zum Beispiel die aktuelle Gesundheitsreform, deren wesentliche Auswirkungen im Beitrag noch behandelt werden.⁵

Auch die mit dem demographischen Wandel in Zusammenhang gebrachte, geplante Anhebung des Rentenalters wirft die Frage auf, ob Ärzte ab einem bestimmten Alter noch physisch in der Lage sind, auf dem geforderten Niveau zu praktizieren. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der demographische Wandel einen nachhaltigen Einfluss auf die ärztliche Berufspraxis ausübt und sich wahrscheinlich zukünftig noch verstärkt.

3.3 Neue Leistungssteuerung von bürokratisch-professionellen Organisationen

Oben wurde bereits angedeutet, dass die Leistungserstellungsprozesse in Organisationen des öffentlichen Sektors zunehmend über Instrumente der Privatwirtschaft gesteuert werden sollen. Die folgenden Ausführungen zeigen kurz auf, wie diese neuen Steuerungsinstrumente die Berufspraxis von Medizinerinnen beeinflussen.⁶ Dabei werden Klinikärzte im besonderen Fokus der Betrachtung stehen. Gegenüber privatwirtschaftlichen Arztpraxen, welche seit jeher ein Mindestmaß an privatwirtschaftlicher Ausrichtung der Ärzte aufweisen dürften (vgl. Fisher/Warwick 1995 oder die Fälle in Doolin 2002), stellen Kliniken bürokratisch-professionelle Organisationen dar, die bisher einer anderen Leistungssteuerungslogik unterlagen und die Veränderungen daher einen wesentlichen Bruch bisheriger Arbeitsabläufe und Handlungsvoraussetzungen bedeuten (vgl. z.B. Simon 2001, S. 22ff.).

Ab den 1980er Jahren gewannen, ausgehend von den USA und Großbritannien, wirtschaftliche Kriterien auch im öffentlichen Sektor zusehends an Bedeutung. Unter dem Überbegriff New Public Management (NPM) begann man, privatwirtschaftliche Ansätze und Methoden in öffentlichen Organisationen und Verwaltungen einzusetzen, um deren

⁵ Vgl. <http://www.die-gesundheitsreform.de>, 18.12.2006.

⁶ Diese Entwicklungen werden hier vergleichsweise kurz angesprochen. Einen weiterführenden Einblick geben die Arbeitspapiere der Forschungsgruppe „Public Health“ des WZB (<http://www.wzb.eu/ars/ph/publikationen.en.htm>).

Wirtschaftlichkeit bzw. die Effizienz und Effektivität ihrer Leistungserstellungsprozesse zu erhöhen und staatliche Aufwendungen zu reduzieren (vgl. z.B. Schedler/Proeller 2003; Hinings 2005). Entsprechende Maßnahmen reichen von der stärker outputbezogenen Optimierung von Prozessabläufen durch organisationsstrukturelle Veränderungen, der entsprechenden Prozesssteuerung über Leistungsziele und korrespondierende Budgetvorgaben über die Schaffung marktähnlicher oder marktlicher Steuerungsformen, wie z.B. durch Privatisierung, bis zur Einforderung einer generellen internen und externen „Kundenorientierung“ von Verwaltungen und anderen öffentlichen Institutionen.

Im klinischen Bereich machte sich die hiermit verbundene, neue Steuerungslogik öffentlicher Leistungen insbesondere in neuen Finanzierungsformen bemerkbar, die sich auch auf die Prozessabläufe im Krankenhaus niederschlugen. Hiermit ist wesentlich die Umstellung des bisherigen Prinzips der Kostendeckung auf prospektive Finanzierungsformen, wie die Vorgabe von Budgets sowie die neuen Entgeltsysteme nach Fallpauschalen und Sonderprämien (auf Basis der „Diagnosis Related Groups“ (DRG)), angesprochen, welche Mediziner stärker zu einem wirtschaftlichen Verhalten motivieren sollen (vgl. DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999, S. 26ff.). Diesen neuen Finanzierungsformen folgten zumeist Maßnahmen eines umfassenderen Kostenmanagements in Krankenhäusern, die Durchsetzung von Konzepten „interner Budgetierung“ und einer internen Leistungssteuerung, die mittels neuer Systeme der Kosten- und Leistungsanalyse und der Durchdringung der Prozessabläufe mit entsprechenden Kennzahlen, wie z.B. die Verweildauer der Patienten, einherging. Neu ist z.B., dass im Rahmen interner Budgetierungsvorgänge das Gesamtbudget in Abteilungsbudgets gespalten und die Budgetverantwortung an die jeweiligen Abteilungsleitungen bzw. Chefarzte delegiert wird, welche für die Einhaltung der Budgetvorgaben durch die nachgeordneten Ärzte sorgen sollen. Drehschrauben zur Einhaltung der Budgets (die sogenannte „Punktlandung“ bei Deckelung der Budgets durch die Krankenkassen) und Optimierung der Erlöse, z.B. hinsichtlich der Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderprämien, ergeben sich wiederum über Maßnahmen der unmittelbaren Leistungssteuerung, welche als „...das Gesamtsystem der zentral-dezentral Steuerung der wichtigsten Leistungsparameter und damit letztlich ärztlicher Entscheidungen über die Aufnahme, Behandlung, Verlegung oder Entlassung von Patienten...“ verstanden werden kann (vgl. Simon 2001, S. 30).

Der budgetorientierte Einfluss auf klinische Arbeitsabläufe hinsichtlich der Aufnahme, Diagnose und Behandlung von Patienten und eine dichtere Zeitplanung, forciert durch das Ziel einer geringeren Verweildauer von Patienten bzw. einer Optimierung des gesamten „Patientendurchflusses“ bei zugleich relativen Personalabbau in Krankenhäusern führen zur Veränderung bisheriger medizinisch-professioneller Freiräume (vgl. Simon 2001; Klinke/Kühn 2006). Hiermit ist z.B. die Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten und dessen Entlassung oder Weiterverlegung, die z.T. medizinisch fragwürdige Einschränkung und Ausweitung bestimmter diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen durch die unterschiedliche Vergütung in Fallpauschalen (wie z.B. im Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder der Herzchirurgie und Kardiologie vgl. Simon 2001, S. 52ff.) oder die Reduzierung der verbleibenden Gesprächszeit je Patient (vgl. Becker 2005; Klinke/Kühn 2006, S. 9 und S. 11ff.) angesprochen. So wird die ärztlich verordnete Behandlung häufig nicht mehr allein durch medizinische Kriterien determiniert, sondern auch ökonomische Aspekte müssen bei der Entscheidungsfindung eine immer größere Rolle spielen (vgl. die empirischen Daten bei Kuhlmann 1997; Klinke/Kühn 2006; Kühn 2006, S. 17 ff.).

Neben Offensiven eines umfassenden Qualitätsmanagement in Krankenhäusern und die wachsende Einforderung, Patienten als „mündige“ und „souveräne Kunden“ zu begreifen und zu behandeln (z.B. in Hinsicht auf deren Informationsversorgung, vgl. Dieterich 2006 oder Hartz 2007) sind dies wesentliche, neu zu bewältigende Herausforderungen für Ärzte in Krankenhäusern. Die Orientierung an entsprechenden Kennzahlen (z.B. „Fallzahlen“ und „Verweildauer“), der damit einhergehende zusätzliche Verwaltungsaufwand (z.B. Dokumentationen bei Entlassung von Patienten, vgl. z.B. Becker 2005) sowie die Aushandlung der internen Budgetvorgaben bedeuten zusätzliche neue Arbeitsaufgaben. Simon (2001, S. 54) formuliert dazu: „Zum einen verschieben sich Tätigkeitsinhalte in Richtung auf mehr administrative Tätigkeiten im ärztlichen Dienst und Pflegebereich, zum anderen sind - quasi komplementär - Einbußen im inhaltlich-fachlichen Profil aber auch bei der Verwirklichung patientenorientierter Versorgungskonzepte zu verzeichnen...“

4 Bedrohung des professionellen ärztlichen Berufsbildes

Wie bereits angesprochen, bleiben die aufgezeigten Herausforderungen nicht ohne Folgen für die Ausübung professioneller Leistungen.

In den nachstehenden Ausführungen werden *Konflikte*, zwischen dem Anspruch den neuen Erwartungen nachzukommen und den klassischen Merkmalen des professionellen Berufsbildes des Arztes aufgezeigt. Diese Konflikte lassen sich gleichsam als *Bedrohung* des bisherigen, professionellen Berufsbildes der Ärzte interpretieren.

Hinsichtlich der im Folgenden diskutierten Auswirkungen ist anzumerken, dass sich bestimmte Entwicklungen wechselseitig verstärken. Auffällig ist dies z.B. hinsichtlich der neuen Möglichkeiten der Informationsversorgung von Patienten durch moderne IuK-Systeme im Rahmen der entstehenden Wissensgesellschaft einerseits und der wachsenden Einforderung des Leitbildes des „souveränen“ und damit „informierten Kunden“ im Zuge gesundheitspolitischer Reformen (der sogenannten DMP's (Disease Management Programmes) andererseits. Beide Entwicklungen stützen und treiben sich somit wechselseitig voran.

4.1 Wahrgenommene Aushöhlung des professionellen Wissensbestandes

Eine breite Öffentlichkeit, welche durch das Internet unbegrenzten Zugang zu Informationen und neuen Erkenntnissen genießt, stellt den Arzt als Professionellen vor neue Herausforderungen, die seine Berufsausübung direkt konfliktieren können (vgl. Dierks et al. 2001; Lerch/Dierks 2002). Über eine wachsende Anzahl internetbasierter Programme können Patienten beispielsweise durch einfache Eingabe ihrer Symptome auf speziellen Homepages zu einer Diagnose gelangen ohne eine ärztliche Meinung persönlich eingeholt zu haben.⁷ Dies würde im Sinne der oben angeführten Merkmale einer - zumindest vordergründigen - Substitution ärztlichen Wissens gleichkommen. Auch wenn diese Serviceangebote medizinisch z.T. fragwürdiges Wissen vermitteln, stellen sie die alleinige Expertise und die Autorität des Arztes zunächst in Frage bzw. relativieren diese, welches eine Rechtfertigung des zugesprochenen, hohen Status erschwert und dem Monopol der Heilkundenausübung widerspricht. Generell ist natürlich anzumerken, dass die Charakteristika der gelingenden Anwendung professionellen Wissens einer solchen Explizierung widersprechen, ist diese doch durch Interaktion und Kommunikation zwischen Arzt und Patient gekennzeichnet. Dennoch könnte durch diese neuen Möglichkeiten der Bereitstellung von Wissen, der Expertenstatus des Professionellen relativiert werden. Wird der Profession der Anspruch auf alleinige

⁷ Vgl. <http://www.gesundheitpro.de>, <http://www.netdokter.de>, <http://www.alltagsbeschwerden.de>, 18.12.2006.

Sicherstellung der Volksgesundheit entzogen, kann dies eine Verringerung der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen, und damit potentielle, negative Effekte auf die wirtschaftliche Situation von niedergelassenen Ärzten und solchen in Krankenhäusern nach sich ziehen.

Auch die Erhöhung des allgemeinen Bildungsniveaus führt potentiell zur Einbuße des Status der Professionen als exklusive Bildungselite (vgl. Dröge 2003, S. 262). Zwar zählt der Arzt immer noch zu den am höchsten angesehenen Berufsständen in Deutschland, dennoch lässt sich ein Ansehensverfall durch ein gestiegenes Wissensniveau und gesteigertes Selbstvertrauen vieler Patienten vermuten. War der Abstand früher zwischen Arzt und Patienten recht groß - „Halbgötter in weiß“ - sollen die Patienten nicht zuletzt aus gesundheitspolitischer Sicht zunehmend als Partner und „Kunde“ betrachtet und behandelt werden (vgl. Dieterich 2006). Bezeichnend für diese Entwicklung sind die 2001 in Deutschland gesetzlich eingeführten Disease-Management-Programme⁸, welche „die Teilnahme an Schulungen [...] sowohl für Leistungserbringer als auch insbesondere für Patienten [...] [ge]fordert“ (vgl. Brockmann/Borgers 2001, S. 33f.). Patienten sollen ihre Krankheit besser einschätzen und gesundheitsförderndes Verhalten trainieren, sie werden vom behandelten Objekt zum verantwortlich mitarbeitenden Subjekt ihrer medizinischen Behandlung.“ Die wahrgenommene Kontrollierbarkeit der Ärzte nimmt durch das breitere Wissen der Patienten zu, was wiederum einem Autonomieverlust der Profession gleichkommen kann.

Ein weiteres Problem für den Arzt als Erbringer professioneller Leistung, könnte sich in diesem Zusammenhang durch die Heterogenisierung, als Zunahme und damit gleichzeitige Entwertung von Bildungstiteln, ergeben, die möglicherweise einen negativen Effekt auf den hohen Status der Berufsgruppe ausübt. Die steigende Anzahl akademischer Bildungsabschlüsse nimmt dem Arztberuf möglicherweise seine Sonderstellung, nicht zuletzt auch deswegen, da die individuellen Verwertungschancen des eigenen Bildungszertifikates innerhalb der Profession sinken könnten. Dröge (2003, S. 262) führt z.B. an, dass die Niederlassungsbeschränkungen für Ärzte bereits eine solche materiell-ökonomische als auch symbolische Entwertung anzeigen würden. Richtig ist, dass sich das Medizinstudium in Deutschland nach wie vor einer sehr hohen Beliebtheit erfreut. Relativierend ist jedoch anzumerken, dass die Anzahl der tatsächlichen Absolventen bzw. derjenigen, welche tatsächlich den Arztberuf ergreifen, demgegenüber jedoch im Sinken begriffen ist (z.B. Encke

⁸ gemäß § 137f. 5. Sozialgesetzbuch, 2006.

2002; Köhler et al. 2004). Die potentielle symbolische Entwertung des Bildes des praktizierenden Arztes ist, insbesondere in bestimmten Disziplinen wie der Augen-, Kinder-, und Frauenheilkunde und aus der Perspektive der Patienten, abzuwarten.

Temporalisierung, neben Substitution und Heterogenisierung, ein weiteres Merkmal des Übergangs zur Wissensgesellschaft, stellt den Professionellen vor Legitimationsprobleme: die rasche Alterung von „spezialisiertem Verfahrenswissen“ (Mieg 2003, S. 16) zwingt den Arzt permanent an Weiterbildungsmaßnahmen teilzunehmen, aktuelle Entwicklungen in Methoden und Technik zu verfolgen um so ständig auf dem neuesten Stand zu sein. Kommt er diesen Anforderungen nicht nach, läuft er Gefahr seine Autorität zu verlieren, weil Patienten eventuell neue Entwicklungen kennen und folglich seine Expertise bei der Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten in Frage stellen und somit das notwendige Vertrauen in ihn verlieren. Mit der Temporalisierung des Wissens wird auch der Status des Professionellen temporär (vgl. Dröge 2003, S. 262).

4.2 Konfliktäre Standards des ärztlichen Leistungsvollzuges

Im Folgenden wird eine gemeinsame Betrachtung des Phänomens des demographischen Wandels und der neuen Steuerungslogik von Gesundheitsleistungen vorgenommen. Einerseits ist dies dem Aspekt geschuldet, dass der Umfang der unmittelbar zuordbaren Auswirkungen des demographischen Wandels auf die ärztliche Praxis relativ gering ist. Andererseits dient die politische Antizipation des demographischen Wandels häufig als Legitimationsfolie als auch faktischer Ansatzpunkt entsprechender gesundheitspolitischer Reformen. So sollen beispielsweise krankenversicherungsbezogene Beitragserhöhungen, welche in Anbetracht einer zunehmend älteren Bevölkerung mit steigender Nachfrage nach medizinischen Leistungen und gleichzeitiger Abnahme von Beitragszahlern notwendig erscheinen, durch die Budgetdeckelung und entsprechender Kostendämpfung in Krankenhäusern vermieden werden.

Ein eindeutig zuordbarer problematischer Aspekt des demographischen Wandels für Ärzte ist demgegenüber die damit zusammenhängende politische Entscheidung zur Anhebung des Rentenalters. Dies bedeutet, dass auch Mediziner noch im fortgeschrittenen Alter praktizieren müssen, um einen vollen Rentenanspruch zu erwerben. Dadurch erhöht sich das Risiko des Misslingens, da die Leistungsfähigkeit mit steigenden Lebensjahren zumeist abnimmt (vgl. Krüger 2005). Status- und Autoritätsverlust und/oder Abnahme des Vertrauens der Patienten

stellen mögliche Folgen dieser Entwicklung dar. Außerdem wird der Arzt selbst vor einen Konflikt gestellt, der sich aus seiner Berufsethik heraus ergibt: Auf der einen Seite wird erwartet, dass er bis 67 Jahre arbeitet, auf der anderen Seite sollte seine beruflich-moralische Selbstverpflichtung einen gewissen Standard zu erbringen, ihn dazu drängen, in Ruhestand zu gehen, wenn ihm das Halten dieses Standards nicht mehr möglich erscheint.

Ähnliches wird sichtbar, wenn man die Anforderungen der neuen Leistungssteuerungslogik in Krankenhäusern mit dem klassischen, professionellen Berufsbild des Arztes vergleicht. Ein prinzipieller Konflikt ergibt sich aus der Unvereinbarkeit der wertrational fundierten, professionellen Berufsethik des Arztes mit dem neu eingeforderten zweckrationalen Marktkalkül (vgl. Dröge 2003). Beide Ideale vertreten verschiedene Interessen und arbeiten in Folge dessen mit verschiedenen Logiken. Während Mediziner von der „logic of appropriateness“ geleitet werden, treibt die „logic of consequences“ die Ökonomen an (vgl. Llewellyn 2001). Simon (2001, S. 82) spricht in diesem Zusammenhang z.B. von einer Umkehrung der Mittel-Zweck-Beziehungen im medizinischen Bereich: Geld wird durch die beschriebenen Entwicklungen weniger als Mittel zum Zweck der Versorgung von Kranken betrachtet, sondern vielmehr wird die Versorgung von Kranken als Mittel zum Zweck der Erzielung von Einnahmen angesehen.

Daraus ableitbar stellen sich für den Arzt Fragen wie: Wie viel Altruismus und wie viel Ökonomie sollten die Entscheidungen beinhalten? Ist der Nutzen aus der stärker privatwirtschaftlichen Steuerung höher als die Gemeinwohlorientierung? Wie viel Manager soll der Mediziner sein? Hervorzuheben ist, dass aus diesen scheinbar abstrakten Überlegungen ganz konkrete Handlungskonflikte für Mediziner entstehen können. So werden Ärzte in ihrem alltäglichen Arbeitsvollzug vor unbefriedigende Handlungsalternativen gestellt: Einerseits besteht der eigene Anspruch und die patientenseitige Erwartung, Entscheidungen hinsichtlich der Behandlung des Patienten allein nach medizinischen Kriterien und dem Wohlergehen des zu Behandelten zu treffen (vgl. z.B. Simon 2001; Klink/Kühn 2006). Andererseits ist der Arzt angehalten, Kosten- bzw. Budgetrestriktionen der eigenen Abteilung einzuhalten und diese Überlegungen somit auch in die Entscheidungen über die Aufnahme, Weiterverlegung, therapeutische Behandlung und Entlassung der Patienten einfließen zu lassen. Dass ein solcher Einfluss ökonomischer Kalküle auf medizinische Alltagsentscheidungen bereits existiert, zeigen die quantitativen und insbesondere qualitativen empirischen Ergebnisse der Forschungsgruppe Public Health des

WZB auf bedrückende Weise. Simon (2001, S. 79) fasst die Ergebnisse, basierend auf Aussagen von behandelnden Ärzten, Pflegepersonal, Klinikleitern und Beratern zusammen - folgende Phänomene treten auf:

- Verweigerung oder Verschiebung von Behandlungen aus wirtschaftlichen Gründen, z.B. wenn das Budget erschöpft oder absehbar ist, dass Behandlungskosten für einen Patienten sehr hoch werden
- Verweigerung der Übernahme oder die Abschiebung von Notfallpatienten, wenn durch ihre Versorgung der Budgeterfolg des aufnehmenden Krankenhauses gefährdet erscheint
- Einbestellung von Patienten nicht nach medizinischer Notwendigkeit, sondern nach Art der zu erzielenden Vergütung, z.B. wenn zeitweilig nur Fallpauschalen einer bestimmten Sorte einbestellt werden, um die durch die Budgetvereinbarung vorgegebene Menge zu erreichen
- kurzfristige Entlassung und Wiederaufnahme von Patienten zum Zweck der Aufspaltung einer Krankenhausbehandlung in mehrere Episoden, wenn dadurch höhere Vergütungen erzielt werden
- Durchführung medizinisch nicht notwendiger Operationen, wenn dadurch höhere oder zusätzliche Vergütungen zu erzielen sind und es mit einer plausiblen medizinischen Indikationsstellung begründet werden kann
- Einsatz suboptimaler Verfahren und Materialien, wenn dadurch Kostenunterdeckungen vermieden oder Überschüsse erzielt werden können
- die medizinisch nicht notwendige Verlegung auf eine Intensivstation, wenn dadurch höhere Pflegesatzeinnahmen zu erreichen sind
- Verlängerung der Verweildauer aus wirtschaftlichen Gründen, z.B. wenn Abteilungspflegesatzpatienten zur Kompensation von Verweildauerrückgängen im Fallpauschalenbereich länger liegen gelassen werden
- Weiterverlegung von Patienten in andere Krankenhäuser, wenn absehbar ist, dass ihre Versorgung sehr hohe Kosten verursachen wird
- Vorzeitige Entlassung von Patienten, um Behandlungskosten zu sparen
- Verlegung von Fallpauschalenpatienten in noch nicht rehabilitationsfähigem Zustand in eine Rehabilitationseinrichtung, um Behandlungskosten auszulagern und Überschüsse zu erzielen

Man könnte argumentieren, dass dies letztlich im Entscheidungsbereich des behandelnden Arztes liegt. Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass die Konstruktion der neuen Leistungssteuerung in Krankenhäusern erst jenen Konflikt hervorbringt und Ärzte zu Entscheidungen drängt, die nicht immer im Sinne des Patienten sind. So deuten z.B. empirische Indizien darauf hin, dass das medizinische Personal in Krankenhäusern z.T. eine hohe Verunsicherung hinsichtlich der Sicherheit des eigenen Arbeitsplatzes als z.T. auch über die moralischen Standards der eigenen Tätigkeit aufweist und dies im unmittelbaren Zusammenhang mit der Rhetorik von Kostendruck und Wirtschaftlichkeit und den faktischen Reformen in Krankenhäusern steht (Simon 2001; Kühn 2006; Hartz 2007). Die oben aufgezeigten Probleme in der Patientenversorgung allein den Ärzten zuzuschreiben, würde die Ursachen demnach unzulässig verkürzen.

Dass viele Ärzte tatsächlich einen Konflikt zwischen eigenem medizinischen Anspruch und den „wirtschaftlichen Notwendigkeiten“ empfinden, lässt sich empirisch stützen. So formuliert Kühn (2006, S. 18) ausgehend von seiner Befragung: „Ein großer Teil der Krankenhausärzte arbeitet also subjektiv in einer Realität, in der das, was sie moralisch für richtig erachten, nicht ihre Praxis ist.“ und weiter: „Wenn der subjektive Sinn für das Gute und Richtige und das eigene Handeln so weit auseinanderdriften, haben wir es mit einer beträchtlichen „moralischen Dissonanz“ zu tun. Sie ist ein typisches Umbruchsphänomen, mit dem die meisten Individuen auf die Dauer nicht leben können und wollen.“ Eine solche, längerfristige Dissonanz kann Individuen ein quälendes psychisches Unbehagen bereiten und tief in das eigene Selbstbewusstsein eingreifen (vgl. Fassauer 2007). Lösungsmöglichkeiten lägen in der psychischen Rationalisierung des Gewollten, der strikten Beibehaltung ursprünglicher Orientierungen oder gar ein Tätigkeits- oder Berufswechsel (vgl. Kühn 2006, S. 19).

Neben diesem grundsätzlichen berufsethischen Konflikt, schränkt der Druck zum wirtschaftlichen Handeln natürlich auch die ursprüngliche professionelle Autonomie des Arztes ein, indem z.B. Entscheidungen über die Therapie nicht mehr vollkommen selbständig und unabhängig vom Budget gefällt werden können. In diesem Sinne kann auch von einer externen Bevormundung von Ärzten gesprochen werden, die ihnen oftmals veraltete oder unzeitgemäße berufliche Orientierungen unterstellt und damit zugleich als Lehrmeister unzweifelhafter, legitimer und moderner Praktiken aufzutreten (vgl. z.B. die Analyse von Hartz 2007). Kühn (2006) zeigt diesen Aspekt beispielsweise an der wachsenden Etablierung

eines „Ethikbetriebes“ in der Medizin (Experten- und Interessengruppen, Zeitschriften und Kommissionen, welche sich speziell mit Medizinethik beschäftigen), dessen Anliegen häufig darin besteht, die ökonomische Logik mit der altruistischen Orientierung der Medizin zu verschmelzen bzw. letztere entsprechend umzudeuten.⁹ Die Vertreter des Ethikbetriebes treten gegenüber den Ärzten als ethische Experten auf und machen diese damit zugleich zu „ethischen Laien“.

Zusätzlich erhöht dies den gesellschaftlichen Rechtfertigungsdruck auf die Professionellen. Die Frage, ob ein Arzt gleichzeitig Altruist und Ökonom sein kann, lässt sich nur schwierig beantworten. Auf der einen Seite wird eine Konzentration auf das Gemeinwohl als Besitzstandswahrung ausgelegt, auf der anderen Seite wirft eine Hervorhebung wirtschaftlicher Momente den Verdacht der Vernachlässigung des Allgemeinwohls auf (vgl. Dröge 2003). Eine glaubhafte öffentliche Darstellung erscheint daher nahezu unmöglich. Das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient erfährt durch dieses Glaubhaftigkeitsproblem eine Verschlechterung: Wie soll der Patient dem Arzt vollkommen vertrauen, wenn er sich nicht sicher sein kann, ob er die medizinisch beste Behandlung bekommt? (vgl. Kadritzke 1997, S. 132). Wie oben gesehen, zeichnet sich die heutige Gesellschaft durch breite Zugangsmöglichkeiten zu Informationsquellen aus. Demzufolge ist davon auszugehen, dass einem gewissen Teil der Bevölkerung das Dilemma der Ärzte bekannt ist,¹⁰ welches zu einem Misstrauen gegenüber den Medizinern führt. So stellt sich auch dem Patienten die Frage, ob er die beste oder die ökonomischste Behandlung erhält. Einer Studie zu Folge, bei der 10.000 Versicherte einer größeren Krankenkasse befragt wurde, gaben 27,4% an, dass ihnen in der ambulanten Behandlung mindestens eine Leistung vorenthalten worden sei, wobei der Hälfte der Betroffenen dies mit Budgetgrenzen begründet wurde (vgl. Gerlinger 2002, S. 139). Im Bewusstsein dieser Zustände sinkt das Vertrauen des Patienten, welches für die gegenseitige Beziehung jedoch von essentieller Bedeutung ist. Die Ärzte geraten unter Legitimationsdruck. Wie lassen sich Privilegien und ein hoher Status begründen, wenn immer offensichtlicher gegen die Ideale des Berufsstandes verstoßen werden (muss)? Wie kann der Arzt seine Autorität aufrechterhalten, wenn Patienten sein Urteil anzweifeln?

⁹ Zum Beispiel werden die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder Erkrankungen in der Ursache auf das Verhalten der Patienten als „rationale Akteure“, welche im Sinne des homo oeconomicus ja die Optimierung des eigenen Nutzens betreiben, zurückgeführt (vgl. Kühn 2006).

¹⁰ Insbesondere in 90er Jahren gab es öffentlichkeitswirksame Berichte über „dramatische“ Entscheidungen in der Intensivmedizin, welche häufig durch Krankenhäuser selbst forciert wurden, um die Sparzwänge oder drohende Privatisierungen anzuprangern. Mittlerweile dürften solche Berichte auf die Krankenhäuser selbst negativ zurückschlagen, so dass sie kaum noch gezielt gesetzt werden (Kühn 2006, S. 16).

So vielfältig wie die konfliktären Herausforderungen der neuen Leistungssteuerung stellen sich auch die daraus resultierenden Probleme für die physische Leistungsfähigkeit des Arztes dar. Stress, Intensivierung der Arbeit und burn-out-fördernde Arbeitszeiten treiben den Arzt - insbesondere in großen Kliniken - häufig an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit. Die von Klinke/Kühn (2006) vorgestellten empirischen Ergebnisse zeigen z.B. dass die tatsächliche Arbeitszeit von Krankenhausärzten 2006 gegenüber 2004 um ca. 3% gewachsen ist. Im Jahr 2004 betrug die festgestellte durchschnittliche Gesamtbelastung der Ärzte ca. 60 Wochenstunden. Zugleich gaben 31% der ca. 1500 befragten Ärzte an, sich nicht in der Lage zu fühlen, ihr Arbeitspensum zu schaffen. Bei 76% war dies häufig der Fall. Die Ursachen dafür werden von den Ärzten in der Mehrheit im Konflikt zwischen der angestrebten Versorgungsqualität für die Patienten bei gleichzeitigem Kostendruck gesehen, was auf den oben bereits angesprochenen Konflikt verweist. Von 2004 bis 2006 stieg die Anzahl der Ärzte die hierin die Begründung für die eigene Arbeitsüberlastung sehen. Wiederum müssen sich die Ärzte entscheiden, ob sie dem Druck nachgeben und so die Sicherstellung des Standards der medizinischen Versorgung gefährdet oder ob sie, den professionellen Prinzipien entsprechend, dem widersteht (vgl. Simon 2001; Klinke/Kühn 2006).

Zusammenfassend konnten die obigen Ausführungen zeigen, dass die Ökonomisierung im Bereich der Krankenhäuser weit reichende Folgen für die professionelle Praxis von Ärzten nach sich zieht. Aus dem Anspruch zum Einbezug wirtschaftlicher Kalküle und dem daraus resultierenden Dilemma gleichzeitig wirtschaftlich und medizinisch zu handeln, ergeben sich einerseits moralische Konflikte für Ärzte als auch andererseits eine faktisch höhere Arbeitsbelastung. Daneben wirken die damit verbundene Einschränkung der ärztlichen Handlungsautonomie und die potentielle Aushöhlung des Vertrauens auf Seiten der Patienten sowie die bevormundende Ansprache der medizinischen Zunft als Bedrohung für das bisherige professionelle Berufsbild des Arztes. In vielen Fällen dürfte dies zugleich eine Bedrohung des eigenen ärztlichen Selbstverständnisses darstellen und eine entsprechende, neue Definition eben jener beruflichen Identität notwendig machen (vgl. Faßbauer 2007).

5 Fazit

Es konnte aufgezeigt werden, dass die Entwicklung zur Wissensgesellschaft, der demographische Wandel in Deutschland als auch die politischen Reformen im Bereich des Gesundheitswesens einen nachhaltigen Einfluss auf die ärztliche Berufspraxis haben und das bisherige professionelle Berufsbild des Arztes vielfach in Frage stellen. Wesentliche Merkmale der ärztlichen Profession wurden dabei in der hohen Wissensintensität und -spezifik, der angetragenen Orientierung am gesellschaftlichen Gemeinwohl und der altruistischen Ausrichtung gesehen. Weiterhin wurde die Wichtigkeit der ärztlichen Vertrauenswürdigkeit gegenüber dem Patienten, das Merkmal der professionsinternen Kontrolle über die ärztliche Praxis und der gesellschaftlich hohe Status als Merkmale identifiziert. Hervorgehoben wurde, dass das Ansehen und der gesellschaftlich hohe Status von Ärzten wesentlich durch die Erfüllung der wissensintensiven und wichtigen Gesundheitsleistungen und die Gemeinwohlorientierung gerechtfertigt werden. Diese Merkmale scheinen durch die aufgezeigten Entwicklungen vielfach relativiert zu werden.

Die Inflation akademischer Bildungsabschlüsse und rasche Alterung von Wissen sowie die potentielle Substituierung körpergebundenen Wissens durch technische Systeme könnten zu einer teilweisen Aushöhlung des professionellen Wissensbestandes des Arztes führen. Trotz dessen, dass diese Aushöhlung häufig weniger faktisch als von den Patienten vordergründig wahrgenommen wird, bedroht sie doch zugleich wesentliche weitere Aspekte des ärztlichen Berufsbildes. Das bisherig hohe Ansehen der Ärzteschaft und das patientenseitige Vertrauen in die ärztliche Leistung könnten sinken. Ärzte werden potentiell einem höheren Rechtfertigungsdruck in Bezug auf ihre Tätigkeit als auch ihren gesellschaftlichen Status ausgesetzt.

Auch die Auswirkungen des demographischen Wandels und der mit den Reformen im Gesundheitswesen verbundenen, strukturellen Veränderungen im Krankenhaus verhalten sich zum professionellen Berufsbild des Arztes konfliktär. So mündet das politisch intendierte Ziel der Beitragssatzstabilität für Gesundheitsleistungen bei steigender Nachfrage und sinkender Anzahl von Beitragszahlern in veränderten Finanzierungsformen des Gesundheitswesens, welche die bisherige professionelle Autonomie der ärztlichen Tätigkeit wesentlich beschneiden. Die Vergütung in Fallpauschalen und die „Budgetdeckelung“ führen z.B. dazu, dass die medizinischen Entscheidungen des Arztes von ökonomischen Kriterien, z.B. in

Bezug auf die Kosten bzw. Vergütung bestimmter ärztlicher Eingriffe oder die generelle Kostenintensität von Patienten, überformt werden. Diese Überformung betrifft Entscheidungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg, erstreckt sich also über die Aufnahme des Patienten, die Diagnostik und Therapie, die Erwägung von Verlegungen bis hin zur Entlassung. Neben dem Eingriff in die ärztliche Entscheidungs- Handlungsautonomie werden die Ärzte dadurch einem Konflikt zwischen ihrem Berufsethos und den faktischen ökonomischen Handlungserwartungen ausgesetzt. Das mehrheitlich subjektiv gewollte und auch durch Berufsordnung und Patientenerwartungen eingeforderte berufsethische Verhalten kann unter den gegebenen Umständen häufig nur mit Abstrichen praktiziert werden. Das führt bei vielen Ärzten zu Überforderung und wahrgenommener Dissonanz zwischen faktischer Handlung und ärztlichem Selbstverständnis. Unter diesen Umständen könnten auch das patientenseitige Vertrauen in die ärztlichen Entscheidungen und damit auch das soziale Ansehen von Ärzten leiden.

Für die betriebswirtschaftliche Perspektive bzw. für das Management von Gesundheitsleistungen und Krankenhäusern generiert die Vergegenwärtigung dieser Konfliktfelder wichtige Erkenntnisse. Diese beziehen sich auf die Betrachtung und Konzeptualisierung der organisationalen als der wechselseitig verbundenen individuellen Ebene in Arztpraxen und Krankenhäusern und damit zugleich den Charakter und das Management von Veränderungsinitiativen in solchen Organisationen. In Bezug auf die organisationale Ebene ist die spezifische Funktionsweise solcher professionellen bzw. bürokratisch-professionellen Organisationen zu beachten. Die in Anbetracht der Organisationsleistung notwendige Koordinierung und Steuerung der organisationalen Abläufe durch die Angehörigen bzw. Erbringer der professionellen Leistung selbst und die bisherige Abstinenz eines Managements im herkömmlichen Sinne machen z.B. die Übertragung betriebswirtschaftlicher Steuerungsmechanismen schwierig. Diese „Barrieren“ indizieren dabei nicht einfach „verkrustete Strukturen“ oder „laienhaftes“ Verhalten, sondern deuten vielmehr auf die Spezifik der zu erbringenden Organisationsleistung hin, welche eine bestimmte, organisationsspezifische Weise der Koordination und Abstimmung verlangt. Die wissensintensive Spezifität von Gesundheitsleistungen und deren zumindest bisherig wahrgenommener gesellschaftlicher Stellenwert verlangt ein hohes Maß professioneller und vertrauenswürdiger Autonomie und lässt sich z.B. nicht über Marktpreise regulieren ohne dieser Leistung den Charakter eines verhandelbaren Gutes zu verleihen. Mit solchen

Tendenzen würde also generell eine neue Definition der ärztlichen Leistung einhergehen, indem diese stärker über den Beitrag zum ökonomischen Output des gesamten Krankenhauses und Gesundheitssystems und nicht in erster Linie über die Dimension der sozialen Problemlösung definiert wird - eine Entwicklung die gesellschaftspolitisch höchst kritisch zu betrachten wäre. Paradox erscheint vor diesem Hintergrund, dass mit den aktuellen Veränderungen offiziell nicht zuletzt auch die Patientenversorgung verbessert werden soll - also sowohl die Anforderung wirtschaftlichen Verhaltens als auch die gleichzeitige und z.T. verbesserte Patientenorientierung an medizinische Organisationen gestellt wird.

Auch auf individueller Ebene besteht die Gefahr, „Barrieren“ von Veränderungsinitiativen in Krankenhäusern auf die Widerständigkeit der beteiligten Akteure zurückzuführen, etwa „mangelnde Lernbereitschaft“ zu unterstellen oder „Angst vor Neuerungen“ und damit bestehende Konflikte zu psychologisieren (vgl. Hartz 2007). Damit verliert man zum einen den Blick für die eben erwähnten Spezifika professionell geprägter Organisationen und ihrer Leistungen, die eine reine Umsetzung betriebswirtschaftlicher Managementansätze verhindern. Zum anderen vernachlässigt man die faktischen Handlungskonflikte, welche durch die Veränderungen entstehen und durch die Ärzte in ihrem alltäglichen Umgang mit Patienten gelöst bzw. ausgetragen werden müssen. „Barrieren“ auf individueller Ebene werden also häufig durch tatsächliche Handlungskonflikte hervorgerufen, die entsprechend offen thematisiert werden müssen.

In diesem Zusammenhang ist desweiteren hervorzuheben, dass die professionelle Identität bzw. das Selbstverständnis vieler Ärzte durch die aktuellen Veränderungen dermaßen bedroht sein könnte, dass sie einerseits aktiv an ihren moralischen Orientierungen festhalten und für diese eintreten oder andererseits mit der Aufgabe ihrer Tätigkeit oder ihres Berufes sympathisieren. Zwischen diesen Konfliktlösungsstrategien und der vollkommenen Verinnerlichung des Gesollten, liegt „eine Vielfalt von Kompromissen mit entsprechenden Legitimationsfiguren, ideologischen Beruhigungspflastern und Wahrnehmungsfiltren.“ (Kühn 2006, S. 19). Tatsächlich stellt sich die Frage, wie attraktiv der Arztberuf für potentielle Absolventen des Medizinstudiums zukünftig sein wird. Empirische Indizien weisen darauf hin, dass der abzusehende Ärztemangel in Deutschland auch hierin seine Ursachen hat (vgl. z.B. Köhler et al. 2004).

Literaturverzeichnis

- Albrecht, M. / Töpfer, A.** (2006): Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus. Das 15-Punkte-Sofortprogramm für Kliniken, Berlin: Springer Verlag.
- Alvesson, M.** (2001): Knowledge Work: Ambiguity, Image and Identity, in: Human Relations, 54(7), S. 803-886.
- Andersson, T.** (2006): Discourse and culture as identity resources and resistances, Vortragsmanuskript, 7th International Conference on Organizational Discourse, 26.-28. Juli 2006, Amsterdam.
- Becker, H.-J.** (2005): Verlorene Menschlichkeit: der Patient als Kunde, in: Herz Heute, 4, S. 4-7, verfügbar unter: <http://www.herzstiftung.de/herzheute.phb>.
- Braun v. Reinersdorff, A.** (2002): Strategische Krankenhausführung. Vom Lean Management zum Balanced Hospital Management, Bern: Huber Verlag.
- Brockmann, S. / Borgers, D.** (2001): Die Handlungsrelevanz von Leitlinien in der hausärztlichen Versorgung, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 35, Hamburg: Argument Verlag.
- Bundesverband der Freien Berufe (BFB)** (2006): <http://www.freie-berufe.de>, 18.12.2006.
- Debatin, J.F. / Goyen, M. / Schmitz, C.** (2006): Zukunft Krankenhaus. Überleben durch Innovation, Berlin: Abw Wissenschaftsverlag.
- Dierks, M.L. et al.** (2001): Patientensouveränität der souveräne Patient im Mittelpunkt, Arbeitsbereich Nr. 195, Akademie für Technikfolgeabschätzung, Baden Württemberg.
- Dieterich, A.** (2006): Eigenverantwortlich, informiert und anspruchsvoll...Der Diskurs um den mündigen Patienten aus ärztlicher Sicht, in: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin.
- DKI/I+G Gesundheitsforschung** (1999): Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995. Abschlussbericht, Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.
- Doolin, Bill** (2002): Enterprise Discourse, Professional Identity and Organizational Control of Hospital Clinicians, in: Organization Studies, 23, S. 369-390.
- Dörries, A.** (2003): Arzt und Gesellschaft im Konflikt, Vortrag anlässlich der Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes, Berlin, 14.11. 2003, verfügbar unter: <http://www.nav-virchowbund.de> (25.05. 2007).
- Dröge, Kai** (2003): Wissen - Ethos - Markt. Professionelles Handeln und das Leistungsprinzip, in: Mieg, Harald / Pfadenhauer, Michaela (Hrsg.): Professionelle Leistung - Professionell Performance, Konstanz, S. 249-266.
- Encke, A.** (2002): Der ärztliche Nachwuchs – Risiken der aktuellen Gesundheits- und Hochschulpolitik, Vortrag anlässlich des Deutschen Medizinischen Fakultätstages, Mai 2002, Berlin, verfügbar unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/vortrag/mft02-e.htm>. (16.06. 2007).
- Faßauer, G.** (2007): Arbeitsleistung, Identität und Markt in Organisationen, Dissertation an der TU Dresden, noch unveröffentlichtes Manuskript.
- Fisher, C. / Best, W.B.B.** (1995): Management and Medics: How Professionals adapt to Management, in: Public Money & Management, April-June, S. 48-54.
- Fleßa, S.** (2005): Gesundheitsökonomik. Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken für Mediziner, Berlin: Springer Verlag.

- Gerlinger, T.** (2002): Gesundheitspolitik unter SPD und Bündnis 90/Die Grünen – eine Zwischenbilanz zu Beginn der 2.Legislaturperiode, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 37, Hamburg: Argument Verlag.
- Haubrock, M. / Schär, M.** (2007): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, Bern: Huber Verlag.
- Hartz, Ronald** (2007): Konsens als Instrument organisationaler Regierungskunst - Zwei Fallstudien zum neoliberalen Diskurs im Unternehmens- und Gesundheitssektor. In: Hartz, Ronald/Karasek, Tom/Knobloch, Clemens (Hrsg.): Inszenierte Konflikte - inszenierte Einigkeit. Duisburg: DISS-Verlag. [im Erscheinen]
- Hinings, C.R.** (2005): The Changing Nature of Professional Organizations, in: Ackroyd, S. / Batt, R. / Thompson, P. / Tolbert, P.S. (Hg.): The Oxford Handbook of Work & Organization, New York: Oxford University Press, S. 404-424.
- Hitzler, R. / Honer, A. / Maeder, C.** (1994): Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hotho, S. / Leishmann, J. / Malone, C.** (2006): Me, you, them and us: Construction of professional identity in the context of organisational change, Vortragsmanuskript, 7th International Conference on Organizational Discourse, 26.-28. Juli 2006, Amsterdam.
- Jacobi, T.** (2005): Sozialer Wandel und die Ökonomisierung des Krankenhaussektors, erschienen in: impu!se, 49, Newsletter zur Gesundheitsförderung, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen (Hg.); abrufbar unter: www.sankt-georgen.de (25. 05. 2007).
- Kadritzke, U.** (1997): Die Grenzen professioneller Autonomie. Widersprüche moderner Unternehmenskulturen aus der Perspektive qualifizierter Expertenberufe, in: Kadritzke, U. (Hg.): „Unternehmenskulturen“ unter Druck. Neue Managementkonzepte zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Berlin: edition sigma, 123-162.
- Kitchener, M.** (2002): Mobilizing the Logic of Managerialism in Professional Fields: The Case of Academic Health Centre Mergers, in: Organization Studies, 23(3), S. 391-420.
- Klinke, S. / Kühn, H.** (2006): Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern, in: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin.
- Köhler, S. / Kaiser, R. / Napp, L.** (2004): Medizinstudium – und was dann? in: Hessisches Ärzteblatt, 10, S. 565-568.
- Kothe-Zimmermann, H.** (2006): Prozesskostenrechnung und Prozessoptimierung im Krankenhaus. Eine Praxisanleitung in sieben Schritten, Stuttgart: Kohlhammer.
- Kraemer, K. / Bittlingsmayer, U.H.** (2001): Soziale Polarisierung durch Wissen. Zum Wandel der Arbeitsmarktchancen in der Wissensgesellschaft, in: Berger, P.A. / Konietzka, D. (Hg.): Neue Ungleichheiten der Erwerbsgesellschaft, Opladen: Leske+Budrich.
- Kuhlmann, E.** (1997): Zwischen zwei Mahlsteinen. Ergebnisse zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings, in: feuerstein, G. (Hg.): Prioritäten und Wertkonflikte im Einsatz knapper klinischer Behandlungsressourcen, Bielefeld: Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, S. 1-75.
- Kühn, H.** (2006): Der Ethikbetrieb in der Medizin, in: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin.
- Lerch M, Dierks M.L.** (2002): How many people are using health information on the web? Internet Journal of Public Health Education 2002;(4);B01-16.
- Llewellyn, S.** (2001): „Two-way Windows“: Clinicians as Medical Managers, in: Organization Studies, 22(4), S. 593-623.

- Mayer, A.G.** (2005): Marktorientierung im Krankenhaus der Zukunft. Erfolgsfaktoren für unternehmerisch geführte Kliniken, Kulmbach: Baumann Fachzeitschriften Verlag.
- Mieg, H. A.** (2003): Problematik und Probleme der Professionssoziologie, in: Mieg, H.A. / Pfadenhauer, M. (Hg.): Professionelle Leistung - Professional Performance, Konstanz: Universitätsverlag Konstanz (UVK).
- Mintzberg, H.** (1991): Mintzberg über Management, Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Mühlbauer, B.H.** (2004): Prozessorganisation im DRG-geführten Krankenhaus, Weinheim: Wiley VCH.
- Mühlbauer, B.H. / Geisen R.** (2002): Herausforderung DRG. Das Krankenhaus zwischen Qualitäts- und Kostenmanagement, Münster, Hamburg u.a.: LIT verlag.
- Müller de Cornejo, G.** (2005): Disease-Management-Programme in Deutschland, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 41, Hamburg: Argument Verlag.
- Nowack, M. / Bickley, M.** (2005): Nurses' Voices, in: Australien Bulletin of Labour (ABL), 31(4), S. 407-425.
- Pfadenhauer, M.** (2003): Macht – Funktion – Leistung: zur Korrespondenz von Eliten- und Professionstheorien, in: Mieg, H. / Pfadenhauer, M. (Hg.): Professionelle Leistung – Professional Performance, Konstanz: Universitätsverlag Konstanz (UVK).
- Pfaff, H. / Lütticke, J. / Badura, B.** (2004): "Weiche" Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. Stakeholderinteressen zielgerichtet erkennen und einbeziehen, Bern: Huber Verlag.
- Rehäuser, J. / Krcmar, H.** (1996): Wissensmanagement in Unternehmen, in: Schreyögg, G. / Conrad, P. (Hg.): Managementforschung, Band 6: Wissensmanagement, Berlin, New York: de Gruyter.
- Schagen, U.** (2002): Reformen auf dem Papier – Studium der Humanmedizin in der Bundesrepublik Deutschland seit 1970, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 37, Hamburg: Argument Verlag.
- Schedler, K. / Proeller, I.** (2003): New Public Management, 2. Aufl., Bern u.a.: Haupt Verlag.
- Schenkel, P. / Tergan, S.O. / Lottmann, A.** (2000): Qualitätsbeurteilung multimedialer Lern- und Informationssysteme, Nürnberg: BW Bildung und Wissen.
- Schmeiser, M.** (2006): Soziologische Ansätze der Analyse von Professionen, der Professionalisierung und des professionellen Handelns, in: Soziale Welt, 57, S. 295-318.
- Schulz, F.** (2007): Gesundheitskonzerne von morgen, Die Finanzmisere der deutschen Krankenhäuser und ihre Folgen, Radiobeitrag im Deutschlandfunk zur Serie „Hintergrund Politik“ vom 4.06. 2007, verfügbar unter: <http://www.dradio.de/dlf/sendungen/hintergrundpolitik/632577/> (19.06. 2007).
- Simon, M.** (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses, in: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Thomas, R. / Davies, A.** (2005): Theorizing the Micro-politics of Resistance: New Public Management and Managerial Identities in the UK Public Services, in: Organization Studies, 26(5), S. 683-706.
- Zapp, W.** (2002): Prozessgestaltung im Krankenhaus, München: Economica Verlag.